THESIS

MUNICH

1968

Depressionen bei Männern nach der Pensionierung

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
MEDICAL CENTER
STANFORD, CALIF. 94305

INGRID WERNER

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153512_0010

Aus der Nervenklinik der Universität München
Komiss. Direktor: Prof. Dr.med. Kaess

DEPRESSIONEN BEI MAENNERN NACH DER PENSIONIERUNG

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfasst
und einer Hohen Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Ingrid Werner
aus
Sillein

München 1968

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München:

Referent:	Prof. Dr. H. Dietrich
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. M. Kaess
Dekan:	Prof. Dr. F. Holle
Tag der mündlichen Prüfung:	23. Januar 1968

Inhaltsangabe

	Seite
I. Einleitung	1
II. Definitionen	3
1. Depression	3
2. Alter	4
3. Pensionierung	5
4. Pensionierungsdepression	6
III. Auswertung des stat. Materiales	8
1. Altersverteilung d. Depressionen	8
2. Auswahl der speziellen Pensionierungsdepressionen	1o
3. Kasuistik	11
IV. Voraussetzungen vor Ausbruch der Depression	14
1. Prämorbide Persönlichkeit	14
2. Alter bei der Pensionierung	15
3. Soziale Struktur	16
4. Grund und Einstellung zur Pensionierung	19
5. Zeitraum zwischen Pensionierung und Depressionsausbruch	2o

Seite

V. Symptomatik der Pensionierungsdepression 23

1. Untersuchungen der einzelnen Wahnideen im Vergleich zur endogenen u. reaktiven Depression 23

2. Erhöhte Adaptationsunfähigkeit b. alternden und depressiven Menschen 31

3. Pensionierung als Lebenskrise und Versagenszustand 35

4. Pensionierungdepression als abnorme Reaktion oder Pensionierung als auslösender Faktor 36

VI. Therapie 38

1. Historische Entwicklung 38

2. Antidepressive Therapie heute 39

3. Die sich aus der vorliegenden Arbeit ergebende Therapie 41

VII. Zusammenfassung 46

I. Einleitung

Man fasste die Depression wie jede Krankheit als eine Strafe der Götter auf für Sünden oder schuldhafte Unterlassungen, die sich der Kranke oder seine Väter hat zuschulden kommen lassen. In ergreifenden Klageliedern der Sumerer, Aegypter, Babylonier und der Juden des Alten Testamentes sind die Depressionszustände mit psychischen und körperlichen Symptomen geschildert worden, die als Melancholien aufgefasst werden können.

Die ersten authentischen Berichte stammen aus dem arabischen Kulturkreis. Bereits in einer Erzählung aus "Tausend und eine Nacht" wird ein Irrenspital in Bagdad erwähnt. Auch im 19. Jahrhundert betrachteten die Menschen die Melancholie noch als eine unheimliche, eher Furcht als Mitleid erregende Krankheit, wie folgendes Gedicht von Nikolaus Lenau charakteristisch beschreibt:

Unglück hat sein Herz gespalten, lasst den stillen Mann allein.
Wie sich nicht genaht die Alten einem blitzgetroffnen Hain,
stört mit Worten nicht des Streites, nicht mit Liebe
seinen Schmerz.
Ehret als ein blitzgetroffnes Eneulysion dieses Herz.

Jede Krankheit bedeutete einen Einbruch des Todes in den Lebensraum, heute nicht mehr. Nur der Melancholiker

fühlt sich immer noch als Scheintoter, dem all das fehlt, was das Leben der Lebendigen kennzeichnet. Der Begriff der Depression hat auch seit Kraepelin schon eine starke Wandlung mitgemacht, was jedoch an der Tatsache nichts geändert hat, dass wir die Ursache der Erkrankung nicht kennen. Es wird sowohl von klinisch-psychiatrischer als auch von psychoanalytischer Seite gelegentlich behauptet, man wisse über die endogene Depression wenigstens soviel, dass sie rein körperlichen, bzw. rein seelischen Ursprunges sei. Solchen Behauptungen fehlt bisher aber der wissenschaftliche Nachweis. Die Aetiologie bleibt unbekannt. (MATUSSEK).

jedoch haben die letzten Jahre die Problemstellung verändert. Man wartet nicht auf eine grosse Entdeckung, die die Ursache der Erkrankung blosslegt, man versucht, Teilfragen des Problemes zu klären. Wie sieht die Persönlichkeitsstruktur, der praemorbide Charakter eines Mannes aus, der auf die Pensionierung mit einer Depression reagiert, wie ist der Verlauf, die Symptome gerade dieser reaktiven Depression.

Zur Klärung spezifischer Teilfragen des gestellten Themas soll die vorliegende Arbeit durch statistische Untersuchungen des Krankengutes der Universitätsklinik München beitragen.

II. Definitionen

Die Pensionierungsdepression besteht aus drei wichtigen Komponenten, aus deren Zusammenspiel dieses spezifische Krankheitsbild entsteht: Der Depression, die durch die Pensionierung ausgelöst wird, welche wiederum durch das Alter des Patienten bestimmt ist.

Zu Anfang die Erläuterung der Begriffe:

1. Depression:

Nach Julius BAHLE besteht die Depression in einer anhaltenden seelischen Unproduktivität, die durch den Verlust zentraler Werte entsteht. Sie ist eine Erkrankung aus dem Zusammenspiel von verschiedenen Ursachen:

a. Die im Menschen schon vorhandene Anlage und Bereitschaft zur Produktion einer Erscheinungsweise.

b. Die eigentliche Körperkrankheit.

c. Die irritative Noxe, die den Ausbruch unmittelbar herbeiführt.

Von der Depression betroffen wird vor allem der emotionelle und der Leistungsbereich des Menschen.

Die Stimmung kann von reiner Traurigkeit, dysphorischer Depressivität bis zur weinerlichen, leicht agitierten Verstimmung reichen. Der Antrieb ist im allgemeinen herabgesetzt, es besteht eine Hemmung, Gehemmtheit, Interesselosigkeit, Unsicherheit und Unentschlossenheit.

Die Affektivität ist meist verändert im Sinne affektiver Erstarrung oder auch innerer Unruhe. Der Leistungsbereich des Menschen wird von der Depression ebenfalls stark beeinflusst.
Im einfachsten Falle besteht nur ein Leistungsverlust, die Arbeit geht nicht von der Hand, bei stärkeren Formen treten Konzentrationsstörungen, Ratlosigkeit, zum Teil sogar Gedächtnisstörungen auf.

Zu der Beeinflussung und Herabsetzung der normalen psychischen Funktionen treten die spezifischen depressiven Ideen, die nach A.v.ORELLI in ihrem Wesen an der Grenze zwischen überwertiger Idee und Wahn liegen, eine durch übermässige Affektbesetzung überwertig gewordene Vorstellung oder ein solcher Gedankengang. Diese Ideen erstrecken sich über das gesamte Gebiet der Phobien, der Schuld-und Versündigungsideen bis zur Angst ohne Inhalt, sie sind charakteristisch für die Art der Depression und zum Teil auch für das Alter des Patienten, sie unterliegen auch dem Alterungsprozess eines Melancholikers.

2. Alter:
In seiner umfassendsten Bedeutung werden unter Altern spontane Zustandsveränderungen an der belebten und unbelebten Materie in Richtung der Irreversibilität verstanden. In der Biologie wird unter Altern "Entwicklung" verstanden und unter Alterserscheinungen mithin jede Veränderung der lebenden Substanz als Funktion der Zeit. (BUERGER)

Der hier in Frage stehende Zeitabschnitt füllt sich

mit psychopathologischen Erlebnis-und Erscheinungsweisen nicht nur aus sich heraus, sondern auch aus dem ja mindestens ebenso tiefen Reservoir des kindlichen, heranwachsenden und gereiften Menschenlebens, fällt auch dieses oder jenes in der Zwischenzeit in das Dunkel des Unterschwelligen zurück. (BRONISCH)
Einfallsreichtum und Initiative lassen nach, neue Wertgesichtspunkte werden schwerer assimiliert, die alten werden starrer. Nur die gewohnten Gedankengänge werden aktiviert, keine neuen hinzugewonnen, Beginn der geistigen Intolleranz.

Das höhere Lebensalter bringt eine mehr depressive, paranoide Lebensauffassung oder zumindest die Tendenz dazu. Es bringt grössere Neigung zu wahnhafter Verarbeitung realer Sinnesreize und steigende Tendenz zu vermehrter Angst, sowohl der motivierten als auch der freisteigenden. Die Persönlichkeit des Kranken vor der Erkrankung muss daher als ein Element von bemerkenswerter Bedeutung im Spiel der Faktoren, welche das Auftreten psychischer Störungen beim alten Menschen hervorrufen, angesehen werden. (CAMPAILLA)

3. Pensionierung:

In der vorliegenden Arbeit soll Pensionierung nicht in dem engen Sinne "Ruhestand des Beamten" verstanden werden. Es wurden sämtliche Patienten ohne Rücksicht auf Standesunterschiede einbezogen, die entweder altersentsprechend, freiwillig, oder aus Krankheitsgründen vorzeitig in den Ruhestand getreten sind. Pensionierung bedeutet also in

diesem Falle Unterbrechung des Berufes. Der Patient wird aus dem seit Jahrzehnten gewohnten Lebenslauf herausgezogen, er muss sich in seinen täglichen Lebensgewohnheiten meist ganz umstellen. Die Pensionierung ist also nicht nur als ein einmaliges Trauma, als akute Krise, sondern auch als ein langdauernder Spannungszustand anzusehen.

4. Pensionierungsdepression:

Aus dem Zusammenspiel der vorgenannten Faktoren entsteht nun die spezifische Pensionierungsdepression. Dabei muss die Anlage und Bereitschaft zur Produktion einer Depression in dem Menschen als vorhanden vorausgesetzt werden, der natürliche Alterungsprozess übernimmt die Rolle der somatischen Disposition und das Trauma der Pensionierung stellt die irritative Noxe dar, die den Ausbruch unmittelbar herbeiführt.

Gegenüber der endogenen, zyklothymen Depression muss die Pensionierungsdepression als eine reaktive Depression angesehen werden. Sie ist eine traurige Verstimmung, die in klarem Bezug auf den traurig stimmenden Anlass bleibt, aber über eine reaktive Traurigkeit hinausgeht, indem die Sphäre des den Krankheitswert bestimmenden, vitalen, "endothymen" Grundes, die leiblich vegetative Sphäre mitbeteiligt ist. Bei der reaktiven Depression bleibt der deprimierende Anlass im Zentrum der Auseinandersetzung, trotz der endovegetativen Beteiligung. (v.BAYER).

Häufig werden auch für die zyklothyme Depression

Scheinmotive angeboten und geglaubt. Auch eine zyklothym-depressive Phase kann durch seelisches, das heisst durch schwere akute oder lange Zeit bedrückende Schicksalsschläge hervorgerufen werden. Es kommt in solchen Fällen auf die Wirkung des Affektiven auf das Leibliche an, aber nicht auf den Inhalt des Erlebnisses, der ja als Thema meist aufgegeben wird, wenn er überhaupt als solches in die zyklothyme Depression einging. Das unterscheidet die seelisch ausgelöste zyklothyme Depression von Erlebnisreaktionen, bei denen es gerade auf den Sinngehalt ankommt. (K.SCHNEIDER)

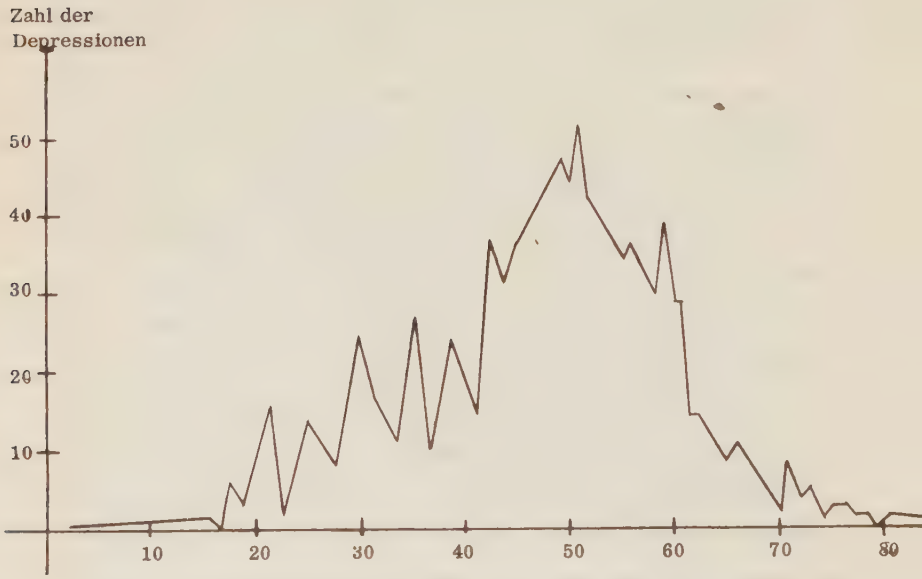
Nach einer Statistik des Krankenhauses Bern werden 90% der endoreaktiven Depressionen durch Lebenskrisen, das heisst durch seelische Erschöpfung in Verbindung mit sich wiederholenden Schicksalsschlägen oder durch einmalige besonders schwere Versagenssituationen verursacht. Die Pensionierung bedeutet für den Menschen sowohl ein einmaliges Trauma, als auch eine langdauernde Belastung, sie trifft den Menschen umso härter, je mehr er in seinem Beruf aufgegangen war. Sie bildet einen unbehebbaren Verlust von Geborgenheit, inneren Entfaltungsmöglichkeiten. Mitunter bringt sie auch die Erkenntnis des eigenen Ungenügens, die Pensionierung wird unbewusst als Versagenssituation gewertet. Dazu kommt die Dauerbelastung für den Patienten durch die neuen Umweltsbedingungen, an die sich der alte Mensch schwer gewöhnt, die Untätigkeit als Nährboden für grüblerische Gedanken und oft auch der Verlust an Autorität, der mit der Pensionierung einhergeht.

III. Auswertung des stat. Materiales

1. Altersverteilung:

In der vorliegenden Arbeit wurden als Ausgangsmaterial sämtliche Fälle von Depressionen bei Männern herangezogen, die vom Jahre 1951 bis 1961 in der Universitätsklinik München stationär behandelt wurden. Das Material bestand aus 1195 stationären Fällen, wobei alle Krankengeschichten herangezogen wurden, bei denen eine Depression als Haupterkrankung als sicher anzusehen war.

Die Verteilung der Gesamtzahl der Depressionen über das Alter zeigt folgende Tabelle.

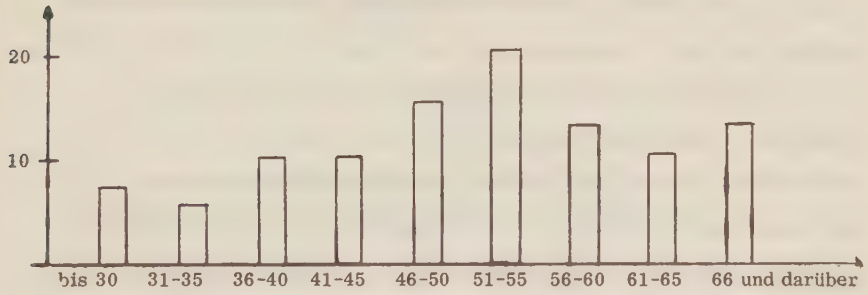


Tab.1: Altersverteilung der Depressionen bei Männern.

Von jedem Patienten wurde nur die erste stationäre Behandlung in der Universitätsklinik aufgeführt. Die Kurve zeigt einen charakteristischen Verlauf. Hierbei werden Depressionen vor dem 2o. Lebensjahr kaum erlebt. Die Kurve steigt dann etwa kontinuierlich verlaufend an mit einem absoluten Maximum zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr, fällt dann sehr schnell und gleichmässig ab und nähert sich um das 8o. Lebensjahr wieder dem Nullpunkt.

Diese eigenen Untersuchungen stehen in Uebereinstimmung mit den meisten früheren statistischen Untersuchungen anderer Autoren.

HOFFET bringt in seiner typologischen Gliederung depressiver Syndrome aus der Berner Klinik eine ähnliche Altersverteilung für die männlichen Depressiven, mit dem Unterschied, dass in dieser Statistik nach dem 65. Lebensjahr nochmals ein leichter Anstieg vorhanden ist, was jedoch auf die Zusammenfassung sämtlicher Depressionen über 65 Jahren zurückzuführen ist.



Tab.2: Altersverteilung männlicher Depressiver der Klinik Bern. (In Abänderung nach HOFFET)

Jung fand ebenfalls das Maximum der ersten Phasen bei beiden Geschlechtern in einem relativ hohen Lebensalter, etwa um das 5o. Lebensjahr, während die Anzahl der Erkrankungen in späteren Altersklassen fortlaufend abnimmt, was auch durch neueste Untersuchungen von HERTRICH und MATUSSEK gestützt wird.

Diese Untersuchungen bestätigen das eigene Ergebnis, dass also die Zahl der Depressionen nach der Pensionierung, die mit dem 65. Lebensjahr angenommen wird, durchaus nicht ansteigt, sondern den kontinuierlichen Verlauf der Kurve nicht unterbricht.

2. Auswahl der speziellen Pensionierungsdepressionen:
Anhand des Krankengutes wurden nun sämtliche Fälle herausgesucht, bei denen die Patienten das Mindestalter von 55 Jahren hatten und im Ruhestand waren. Die Fälle von Frühinvalidisierung unter diesem Alter wurden nicht berücksichtigt.

Es wurden nur Fälle verwendet, bei denen aus der Krankengeschichte ein sicherer Zusammenhang zwischen Pensionierung und der Depression bestand. Der Kranke war also jeweils selbst der Meinung, dass das Versetzen in den Ruhestand eine Auswirkung auf seinen augenblicklichen Zustand hätte. Mehr oder minder starke Cerebralsklerose und ähnliche involutive Erscheinungen wurden nicht berücksichtigt, da sie bei allen Fällen in höherem Alter in verstärktem Masse auftreten, also auch bei den meisten Männern vorhanden sind, die in den Ruhestand treten. Ausserdem wurde als Voraussetzung gestellt, dass die Patienten vorher keine behandlungsbedürftige Depressionen durchge-

gemacht haben.

Unter Berücksichtigung sämtlicher Voraussetzungen konnten 15 Krankengeschichten als Kerngruppe zur näheren statistischen Untersuchung herangezogen werden. Dieser sehr kleine Prozentsatz kann leider nicht als absolut richtig angesehen werden, da sich in den älteren Krankengeschichten nicht alle für den Verlauf der Krankheit wichtigen Faktoren mit gebührender Zuverlässigkeit befinden.
Dazu kommt, dass oft gerade Männer schwer zu bewegen sind, sich in stationäre Behandlung zu begeben, besonders da die verminderte Arbeits- und Denkkraft bei den im Ruhestand befindlichen weniger störend wirkt.

3. Kasuistik:
Zur Veranschaulichung des Gesamtbildes sei ein charakteristischer Lebens- und Krankheitsverlauf beschrieben:
Wnzel Sch., 64 Jahre, Vermessungsamtmann.
Eigenanamnese und sozialer Werdegang:
Normale Geburt und Kindheitsentwicklung. Vater von Beruf Mechanikermeister, eigenes Geschäft.
5 Jahre Volksschule, anschliessend 6 Jahre Realschule.
1916-192o Teilnahme am ersten Weltkrieg und anschliessend französische Gefangenschaft. Danach Ausbildung als Vermessungsamtmann, im Staatsdienst bis zur Pensionierung.
Wegen eines seit über 2o Jahren bestehenden Herzleidens wurde im Dezember 1961 eine vorzeitige Pensionierung erforderlich.
Heirat 1933, das Zusammenleben mit seiner Frau sei sehr harmonisch gewesen.

Prämorbide Persönlichkeit:

Der Patient sei von Haus aus ein stiller und zurückgezogener Mensch gewesen, der stets einen äusserst soliden Lebenswandel geführt habe, ganz seiner Familie und seiner Arbeit lebte. Durch sein ausgeglichenes und freundliches Wesen sei er bei den Leuten beliebt, im Amt als tatkräftiger, gewissenhafter Mitarbeiter geschätzt worden, dem man die Ausbildung der Lehrlinge übertrug. Seit Jahren in Behandlung wegen eines Herzleidens, das auch Anlass zur vorzeitigen Pensionierung gewesen sei.

Zur jetzigen Erkrankung:

Seine jetzigen Beschwerden reichen bis Januar 1962 zurück. Es sei ziemlich plötzlich zu Schlaflosigkeit, Stimmungsabfall und Verlust von Interesse und Initiative gekommen. Von Woche zu Woche bemerkte er eine Verschlechterung seines Zustandes. Er hatte keinen Appetit mehr, nahm an Gewicht ab und fühlte sich körperlich müde und abgeschlagen. In den letzten 8 Wochen sei dann eine starke Unruhe und Getriebenheit dazugekommen, er fühlte sich überflüssig, wusste nicht, wie er den ganzen Tag ohne Tätigkeit verbringen sollte. Er war erfüllt von Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit und wunderte sich oft, dass er nicht weinen konnte. Ueber seine Dienstzeit müsse er nachdenken, konnte sich aber immer wieder selbst beruhigen, dass er keine Fehler gemacht habe. Seit seiner Pensionierung sei eben alles ganz anders geworden, das Leben habe keinen rechten Sinn mehr.

Psychischer Befund:

Patient bewusstseinsklar, allseits gut orientiert, wirkt

ratlos und hilfesuchend und macht einen ausgesprochen depressiv verstimmten Eindruck. Suicidideen wurden mit leiser, tonloser Stimme vorgebracht. Bemerkenswert ist der zeitliche Zusammenhang zwischen der Pensionierung und dem Auftreten der jetzigen depressiven Symptome, der daran denken lässt, dass die Versetzung in den Ruhestand als auslösender Faktor eine Rolle gespielt hat.

Diagnose: Reaktive Depression

Therapie: Kur mit Neurocil

Verlauf:
Nach drei Wochen mit ausgeprägten depressiven Symptomen, starken Tagesschwankungen, morgens vermehrter innerer Unruhe und ängstlicher Getriebenheit, wirkt der Patient nicht mehr depressiv. Immer freundlich, etwas unbeholfen, was auf eine fortschreitende Cerebralsklerose schliessen lässt.
Da der Patient den dringenden Wunsch hat, nach Hause zu kommen, Entlassung nach drei Wochen.

IV. Voraussetzungen vor Ausbruch der Depression

Bei der Auslösung von Geisteskrankheiten im Alter spielen alle Faktoren und Einflüsse, die zum vergangenen Leben des Menschen gehören - Training, Erfolg, Misserfolg - oder zur gegenwärtigen unmittelbaren Umwelt in Beziehung stehen - ökonomische Lage, Aufnahme oder Abweisung von Seiten der Familie oder Gesellschaft,- eine bedeutende Rolle. (ARMANDO FERRARO)

1. Prämorbide Persönlichkeit:

Lustig, fidel, alles mitgemacht	1
Unternehmungsgeist, betriebsam	1
Still, ruhig, arbeitsam	6
Immer schon traurig veranlagt	2
Traurig und heiter im Wechsel	2
Empfindlich, leicht gekränkt	0
Ausgeglichen	7
Unausgeglichen	5

Tab.3: Prämorbide Persönlichkeit(bei 3 Patienten nicht eruierbar)

Die statistische Aufspaltung der einzelnen Charakterzüge der Patienten zeigt eine eindeutige Verteilung. Jeweils ein Patient war in seiner prämorbiden Persönlichkeit ausgesprochen lustig, fröhlich, hat jeden Spass mitgemacht, und ein Patient zeigte besondere Betriebsamkeit und Unternehmungsgeist. Zwei Patienten hatten schon vor der Erkrankung eine traurige, ernste Grundstimmung, zwei weitere Patienten besassen einen labilen Charakter, waren im traurigen und heiteren Bereich leicht zu beeinflussen.

Sechs Patienten, also 4o% aller Untersuchten waren vor ihrer Erkrankung vollkommen unauffällig in Bezug auf ihren Charakter. Sie waren still, ruhig, weder besonders temperamentvoll, noch besonders empfindlich oder leicht gekränkt. Sie verkörperten den Typ des unauffälligen, arbeitsamen Menschen, die wegen ihrer Ausgeglichenheit geschätzt wurden.

2. Alter bei der Pensionierung:

Unter 6o Jahren	3	2o%
61 jährig	4	26%
62 jährig	3	2o%
63 jährig	0	0
64 jährig	1	6%
65 jährig	2	12%
66 jährig	1	6%

Tab.4: Pensionierungsalter der Patienten

In Kapitel III wurde festgestellt, dass die Häufigkeit der Depressionen nach dem 6o. Lebensjahr stark absinkt und auch um das 65. Lebensjahr, der Zeit der regulären Pensionierung keinen Anstieg aufweist. Tabelle 4 zeigt analog dazu die meisten Pensionierungsdepressionen zwischen 59 und 61 Jahren mit 6o% aller Fälle, während sich die übrigen 34% auf das Alter von 62 bis 66 Jahren verteilen.

Es werden also in der Hauptsache diejenigen Männer betroffen, die vor dem 65. Lebensjahr, also aus anderen als Altersgründen in den Ruhestand versetzt wurden. Die Frage, ob diese Patienten einen Ausbruch einer depressiven Phase auch dann erlebt hätten, wenn sie erst mit dem Erreichen des 65. Lebensjahres pensioniert worden wären, kann leider nicht geklärt werden. Andererseits bestünde natürlich auch die Möglichkeit, dass es durch einen anderen Anlass als gerade der Pensionierung zu einer depressiven Phase gekommen wäre.

2. Soziale Struktur:

Familienstand:	verheiratet	14	94%
	ledig	1	6%
Ehe gut, durchschnittlich		13	92%
Ehe schlecht		1	8%
Sozialer Stand:	Arbeiter	1o	67%
	mittl. Angestellte	4	26%
	Akademiker	1	7%

Tab.5: Familienstand und Beruf der Patienten

Unter den Versuchspatienten befanden sich 14 verheiratete und nur ein unverheirateter Patient. Sehr interessant ist dabei die Tatsache, dass von den 14 Ehen 13 als ausgesprochen gut bezeichnet wurden und nur ein Patient angab, eine schlechte Ehe geführt zu haben.

Der erste Punkt, der vielleicht ein ungünstiges Bild der Ehefrauen entwerfen könnte, ist sicher dadurch mitbestimmt, dass die durchaus meisten Männer in dem in Frage stehenden Alter verheiratet sind, daher der Prozentsatz der Erkrankten dementsprechend höher sein muss.

Viel schwieriger ist zu erklären, dass fast alle Ehen der Patienten, sowohl von ihnen selbst, als auch von den Angehörigen als harmonisch bezeichnet wurden. Vielmehr wäre anzunehmen, dass Männer, die in gestörten Familienverhältnissen leben, besonders anfällig zu einer depressiven Phase wären, gerade nach der Pensionierung, wo sie den grössten Teil des Tages im häuslichen Kreis verbringen. Diese eigenen Untersuchungen decken sich in dieser Hinsicht mit Untersuchungen von KIELHOLZ. Nach seiner Kasuistik ergibt sich, dass solche Depressionen hauptsächlich auftreten bei Aeltesten und Jüngsten einer Geschwisterreihe, bei Einzelkindern, bei guter Ehe, aber einer energischen, temperamentvollen oder submanischen Ehefrau.
Leider kann dieser Punkt aus dem vorliegenden Krankengut nicht bestätigt werden, da Angaben über Charaktereigenschaften der Ehefrauen meist fehlen.

Sozialer Stand: Viel eideutiger kann der soziale- und damit Bildungsstand umrissen werden. Alle 15 Patienten

können als intelligent bis sehr intelligent bezeichnet werden. 10 Patienten und damit 67% waren Arbeiter oder Angehörige handwerklicher Berufe wie Schreiner, Schlosser oder Mechaniker. 4 Patienten bildeten eine Gruppe von mittleren Angestellten, wozu ein Kaufmann, 2 Lehrer und ein Bankbeamter zählten. Nur ein Patient besass eine überdurchschnittliche Bildung.

Somit zeigte sich eindeutig, dass besonders Angehörige eines einseitigen, streng geregelten Berufes eine Neigung zu depressiven Verstimmungen haben, sobald die Lebensausfüllung durch den Beruf wegfällt.

Erbmomente: Die Frage der erblichen Disposition oder Sippenhäufung gerade bei reaktiven Depressionen ist umstritten. Die statistische Auswertung des Krankengutes führte zu folgendem Ergebnis: Von den 15 näher untersuchten Kranken konnte in 3 Fällen in der Familie ein Hang zur Schwermut festgestellt werden. In einem Fall war die Schwester während des Klimakteriums "verwirrt", im zweiten Fall sei die Grossmutter einmal in einer Nervenklinik gewesen. Beim dritten Patienten seien die Schwestern der Mutter schwermütig gewesen.

Eine ausgesprochene depressive Phase konnte in der näheren Verwandtschaft der Patienten in keinem Falle nachgewiesen werden.

4. Grund und Einstellung zur Pensionierung:

Grund der Pensionierung:	
vorzeitig wegen Krankheit	6
vorzeitig unfreiwillig	3
vorzeitig freiwillig	3
rechtzeitig	3

Tab.6: Pensionierungsgründe

Wie schon aus Tabelle 4 hervorgeht, befanden sich unter den Erkrankten nur 3 Männer, die mit Eintritt des 65. Lebensjahres und somit unter"normal pensioniert"in den Ruhestand traten. Diese sind die einzigen Fälle, bei denen keine psychische Sonderbelastung durch die Pensionierung angenommen werden muss.

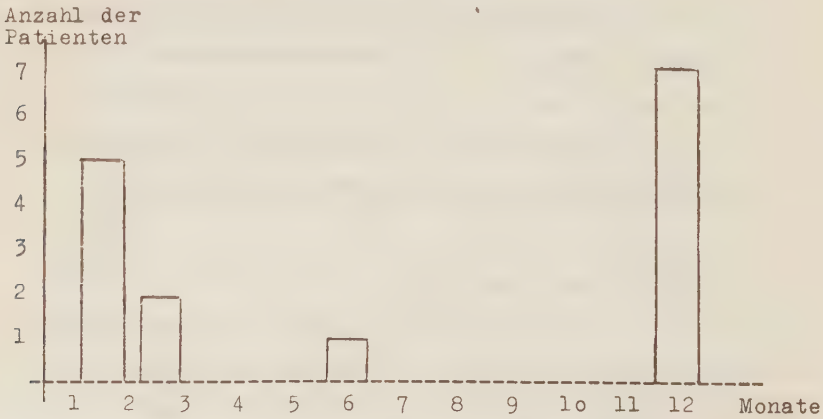
Die 3 Patienten, die freiwillig vorzeitig ihre Arbeit niederlegten, glaubten, ihre Tätigkeit in körperlicher und geistiger Beziehung nicht so weiterführen zu können wie bisner. Es waren ausnahmslos gewissenhafte Arbeiter, die sich nicht pensionieren liessen, weil sie keine Freude mehr an ihrer Arbeit hatten, sondern weil sie im Gegenteil befürchteten, sie könnten nicht mehr gewissenhaft und schnell genug arbeiten.

3 Patienten wurden gegen ihren Willen in den Ruhestand gesetzt, weil sie auf Grund ihres Alters und dementsprechenden Körperzustandes nicht mehr das Geforderte leisten konnten. Für sie bedeutet die Pensionierung bzw. die Invalidisierung

ein Trauma, das vielleicht noch grösser ist als das der freiwillig Pensionierten, die sich auf Grund ihrer eigenen objektiven Betrachtung selbst richtig eingeschätzt hatten. In 6 Fällen war eine körperliche Erkrankung, meist langsam fortschreitende Herz- oder Gefässerkrankungen oder Bandscheibenerkrankungen der Grund für die vorzeitige Pensionierung. Aber auch bei diesen Fällen bezog sich der reaktive Verstimmungszustand auf die Pensionierung und nicht auf das Körperleiden, das doch den auslösenden Faktor zur Pensionierung darstellte.

In 8o% der Fälle besteht also eine Vorbelastung des Patienten bei Pensionierungsbeginn, die sicher eine seelische Labilität in Richtung auf eine depressive Verstimmung verursachte.

5. Zeitraum zwischen Pensionierung und Depressionsausbruch: In fast allen Fällen trat eine depressive Verstimmung langsam ein im Verlauf von Tagen bis Wochen, wodurch eine genaue Zeitbestimmung schwer war.



Tab.7: Zeitraum zw. Pensionierung u. Depressionsausbruch

Es ist bemerkenswert, dass die Depressionen gehäuft in bestimmten Abständen zur Pensionierung auftreten.
Einen ersten Höhepunkt bildet der Zeitraum von 1-3 Monaten nach der Pensionierung, in dem fast 50% der depressiven Verstimmungen auftreten.Es besteht ein klarer Bezug zur Pensionierung,der ist durch die Spontaneität des vom Patienten berichteten Erlebnisses gewährleistet, da besonders in den älteren Krankengeschichten in den seltensten Fällen nach Anlässen gefragt wurde. Da man der Auslösesituation in der damaligen Zeit keine besondere Bedeutung beimass, hatte man die Ereignisse wohl nur dann eingetragen, wenn der Kranke sie unabweisbar betonte.
In diesen Fällen ist auch weniger zwischen Ursache und auslösendem Moment zu unterscheiden, beide sind klar auf die Pensionierung und deren Folgen wie Arbeitslosigkeit, Langeweile und dem Gefühl überflüssig zu sein, bezogen.

Einen 2. Höhepunkt an Krankheitsausbrüchen bildet die Zeit um etwa ein Jahr nach der Pensionierung, wo fast weitere 50% der depressiven Verstimmungszustände auftraten. In der Zwischenzeit von 3 Monaten bis zu 1 Jahr nach der Pensionierung fällt eigenartigerweise nur ein einziger Fall mit dem Ausbruch nach 6 Monaten, den man fast als atypisch bezeichnen möchte.

Bei den Erkrankungen in der Zeit des 2. Maximums muss man genauer zwischen Ursache,nämlich der Pensionierung und dem äusseren Anlass unterscheiden, der Bezug auf die Pensionierung als einmaliges Trauma und den sich daraus ergebenden Ruhestand nimmt.

In diesen Fällen ist die Pensionierung als einmaliges Trauma weniger gefährdend als der darauffolgende Krisenzustand.

Welche direkten Anlässe bringen nun die Patienten vor:
1 Patient machte sich Vorwürfe, durch die Pensionierung seine Familie in Armut gestürzt zu haben, hatte Angst, dass das Geld nicht reichen würde und dass er von seiner Familie verachtet würde.
1 weiterer Patient fühlte sich durch seine vorzeitige, unfreiwillige Pensionierung zurückgesetzt und gekränkt. In 5 Fällen waren die Patienten unausgefüllt ohne Berufarbeit "sie sind zu nichts mehr nütze", langweilten sich ohne Beschäftigung. Der Tag wurde ihnen zum Ueberdruss und sie sehnten sich nach dem Leben zurück, in dem sie durch die Berufsarbeit bis zur Erschöpfung ausgefüllt waren.

Der eindeutige Bezug auf die Pensionierung war also in allen Fällen vorhanden, letztlich war in den meisten Fällen der Arbeitsverlust und der Dauerzustand der Untätigkeit für die Patienten unerträglich. Dies war hauptsächlich bei Männern der Fall, für die ihre Arbeit die Lebenserfüllung bedeutet hat, die Pensionierung den Verlust des höchsten Wertes darstellte. War es dem depressiven Mann gelungen, sein unselbständiges Ich im bisherigen Leben durch Kompensation verschiedenster Art, besonders in der beruflichen Welt, phasenfrei zu bewahren, so erfährt er jetzt eine Welt, in der ein Ausweichen in die Abhängigkeit, Anpassung, berufliche Leistung und Expansion immer schwieriger wird. Er kann sein Leben nicht mehr ausschliesslich über die äusseren Umstände gestalten, sondern hat es zu verinnerlichen. Das gelingt ihm aber nicht. (MATUSSEK)

V. Symptomatik der Pensionierungsdepressionen

1. Untersuchungen der einzelnen Wahnideen im Vergleich zur endogenen Depression und zu reaktiven Depression.

Symptome	endogene Depression	reaktive Depression	eigene Untersuchungen
Traurigkeit	95%		93%
Hemmung	64%	15%	66%
Agitation	15%	15%	66%
Vitalgefühle	62%	41%	6o%
Suicidideen	42,5%	26%	59,5%
Angst	85%	78%	53%
Selbstvorwürfe	17%	24%	53%
Versündigungsideen	36%	41%	48%
Tagesperiodik	59,5%	18,5%	4o%
Verarmungsideen	13%	4%	33%
Insuff.u.Kleinheitsideen	28%	37%	33%
Paranoische Ideen	19%	7,5%	33%
Hypochondr. Ideen	45%	3o%	13,5%
Nihilistische Ideen	2%	o	o

Tab.8: Prozentualer Vergleich zwischen endogenen Depressionen, reaktiven Depressionen und Pensionierungsdepressionen

Im vorangegangenen Kapitel konnte gezeigt werden, dass lebensgeschichtliche Faktoren für das Auftreten der reaktiven Depression mitverantwortlich sind, nun erhebt sich die Frage, ob auch das Symptomenbild charakteristisch für die Pensionierungsdepression ist.
Eine additive Zusammenstellung der genannten Einzelsymptome nach vorangegangener Trennung aus ihrem Symptomenverband ergab die in vorstehender Tabelle dargestellte Häufigkeitsverteilung. Zum Vergleich zu den eigenen Untersuchungen sind die entsprechenden Einzelsymptome

a) bei endogenen Depressionen aus einer Statistk des Krankenhauses Bern und
b) bei reaktiven Depressionen aller Altersklassen nach einer Aufgliederung von HOFFET angegeben.

In der Tabelle treten alle Symptome nebeneinander auf, obwohl sie während einer Phase schwanken können. Die Uebersicht besagt daher nur, dass die Symptome überhaupt festgestellt wurden, aber nicht in welcher zeitlichen Abfolge sie erschienen.

Die Aufschlüsselung durch den Vergleich endogener Depressionen mit der Pensionierungsdepression, andererseits mit der reaktiven Depression gibt Auskunft darüber, welche Symptome mehr endogen oder altersbedingt sind und welche Ideen hauptsächlich für die reaktive Depression sprechen.

Die Hemmung ist sowohl bei der endogenen als auch bei der Pensionierungsdepression - neben der Traurigkeit, die als Achsensymptom bei nahezu jeder Depression vorhanden ist - das am meisten vorkommende und damit ein Hauptsymptom

der Depression. Nach Untersuchungen von BOSTROEM (1938) und LECHLER (1950) soll zwar die Hemmung bei der Altersdepression zurücktreten und das Symptom der Angst stärker werden, was jedoch für die spezielle Pensionierungsdepression aus dem vorliegenden Material nicht bestätigt werden kann. Nach einer Kasiustik von MATUSSEK tritt der Rückgang der Hemmung im Alter hauptsächlich bei Frauen auf, während die Männer diese Tendenz nicht zeigen. In der vergleichenden Statistik zeigt das Symptom der Hemmung mit praktisch gleichen Prozentzahlen bei der endogenen Depression und der Pensionierungsdepression ein sehr häufiges, aber unspezifisches Charaktermerkmal der Depression.

Eine leichte Gegenläufigkeit zur Hemmung zeigt das Symptom der Agitation. Nach übereinstimmenden Untersuchungen steigt die Häufigkeit dieses Symptomes mit zunehmendem Alter durchgehend an. Dass diese Tendenz nicht stärker zum Ausdruck kommt und Hemmung und Agitation nicht in jedem Falle gegensinnig verlaufen, hängt wahrscheinlich mit den Erlebnisqualitäten und Stärkegraden beider Symptome zusammen (MATUSSEK). Nur die extremen Pole - depressiver Stupor und agitierte Depression scheinen sich auszuschliessen, während bei weniger ausgeprägter Stärke Agitation und Hemmung nebeneinander auftreten können. Gerade dieses tritt bei der Pensionierungsdepression sehr häufig auf. Einerseits sind die Patienten unruhig, andererseits erstreckt sich die Hemmung auf das Vorstellen und Ausführen von sinnvollen Gedanken und Taten.

Unter Vitalgefühlen wurden neben den typischen Erschei-

nungen wie Schwere im Körper, Druck auf der Brust auch die Störungen des Appetits und des Stuhlgangs erfasst. Die für die Depression so charakteristische Störung des Schlafes wurde ebenfalls nicht gesondert erfasst, da sie praktisch in allen Fällen in einem Abschnitt der Krankheit auftrat. Die Vitalgefühle der Pensionierungsdepression zeigten keine besonderen prozentuellen Unterschiede zur endogenen Depression, sie sind auch hier mit 6o% ein sehr häufiges, wichtiges Symptom der Depression.

Beachtlich ist die hohe Prozentzahl an Suicidideen und Selbstmordversuchen im Vergleich sowohl zur endogenen als auch zur reaktiven Depression. Zwar scheinen die Suicidversuche in einem gewissen Zusammenhang zum Lebensalter zu stehen, auch bei Matussek liegt die Zahl der Selbstmordversuche mit 32% um das 6o. Lebensjahr am höchsten. Das Auftreten in fast 6o% der Fälle der eigenen Untersuchungen legt jedoch nahe, den Selbstmordversuch als charakteristisch für die Pensionierungsdepression zu bezeichnen. Der Mann, der vor der Lebenswende in eine depressive Phase fällt, hat immer noch die Hoffnung, nach Abklingen der Erkrankung wieder in einer befriedigenden Tätigkeit aufgehen zu können. Nach der Pensionierung erlischt in diesen Fällen die Hoffnung gleichsam mit dem Nachlassen der Leistungsfähigkeit, womit die wichtigste Kompensationsfunktion im Leben des depressiven Mannes verlorengeht.

Die Angst zeigt mit 53% eine verminderte Prozentzahl im Vergleich zu den beiden anderen Rubriken der aufgeführten Statistik. Sie deckt sich jedoch gleichzeitig mit Unter-

suchungen von BOSTROEM und MATUSSEK, bei denen die Tendenz zur Angst mit höherem Lebensalter zwar ansteigt, um das 6o. Lebensjahr aber auch um 55% liegt. Damit scheint das Symptom der Angst gerade für die Pensionierungsdepression keine entscheidende Rolle zu spielen, sie ist als typisches Zeichen der Depression an sich zu werten.

Ein äusserst typisches Verhalten zeigen jedoch die Selbstvorwürfe, die mit 53% mehr als doppelt so hoch sind als bei der endogenen oder reaktiven Depression, und die ebenfalls deutlich häufiger auftretenden Versündigungsideen, die als eine Untergruppe der Selbstvorwürfe anzusehen sind. Sie sind jene depressiven Ideen, die sich in unberechtigter oder übertriebener Selbstanklage wegen einer begangenen Tat oder in der Selbstanklage für eine gar nicht begangene Tat ohne jedes Schuldgefühl äussern.

Das an sich wichtigste Symptom der Depression, die Schuldgefühle werden von WEITBRECHT in primäre und sekundäre Schuldgefühle eingeteilt.

a) Primäre darüber, an sich selbst, sei es körperlich oder seelisch etwas unwiderruflich verdorben zu haben, wofür jetzt die Strafe zu erleiden ist.

b) Sekundäre, reaktive Schuldgefühle als Reaktion auf die vom Patienten selbst missverständlich als schuldhaft erlebte "Schlappheit" und "Willensschwäche".

Die Pensionierung wird von den Patienten im Unterbewusstsein als Versagenszustand gewertet, weshalb sie in einem so hohen Prozentsatz mit reaktiven Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen reagieren. Dies ist besonders durch die

gleichzeitige Hemmung der Fall, die nach der Theorie von GEBSATTEL in ihrer Beziehung zu den Schuldgefühlen besondere Beachtung verdient. Nach ihm ist die Hemmung des zeitlichen Werdens die Grundstörung der Depression, aus der sich andere Symptome, insbesondere die Schuldgefühle, sekundär ableiten lassen. Die Werdehemmung zwingt zur Wendung des Blickes in die Vergangenheit und ruft insofern Schuldgefühle hervor, als der Weg in die durch Tätigkeit schuldabtragende Zukunft verbaut ist.

Die Tagesperiodik steht zahlenmässig mit 40% zwischen der Häufigkeit bei der endogenen Depression mit 59,5% und der reaktiven Depression aller Altersklassen mit 18,5%. Sie zeigt sich bei der Pensionierungsdepression wenig charakteristisch.

Dagegen treten die Verarmungsideen bei den Depressionen nach der Pensionierung wieder deutlich häufiger auf als bei den anderen Depressionen. Nach statistischen Untersuchungen anderer Autoren zeigen die Verarmungsideen bei allen depressiven Patienten im höheren Lebensalter eine Tendenz zum ansteigen. Gerade nach der Pensionierung liegt es nahe, dass die Männer, die nun meist in ungünstig veränderter Finanzlage leben müssen, zu wahnhafter oder wahnhaft übertriebener Angst vor Armut neigen. Insofern scheint die Häufigkeit von 33% gegenüber 13% bei den endogenen Depressionen nicht allein altersbedingt zu sein, sondern muss naheliegend als spezifische Idee der Pensionierungsdepression gewertet werden.

Die Insuffizienz- und Kleinheitsideen nehmen nach Statistiken der Nervenklinik Basel mit zunehmendem Alter stark ab. Dies lässt sich vielleicht auf ein erhöhtes Konkretisierungsbedürfnis des älteren Menschen zurückführen. Diese Ideen als die farblosesten Ideen können in ihrer Form nicht mehr bestehen, ihr Inhalt ist zu wenig anschaulich. Die Prozentzahl der Insuffizienzideen in der vorliegenden Statistik nehmen eine indifferente Stellung ein. Ihr leichtes Zurückgehen gegenüber der reaktiven Depressionen aller Altersklassen kann als altersbedingt gewertet werden.

Die paranoischen Ideen nehmen bei depressiven Patienten mit zunehmendem Alter deutlich zu. Mit ihnen scheint die Verunreinigung der Psychose zuzunehmen, was wohl dem Einfluss der beginnenden Senilität zuzuschreiben ist. In der hohen Prozentzahl der paranoischen Ideen bei den Pensionierungsdepressionen ist daher weniger ein spezifisches Symptom als das höhere Lebensalter der Patienten zu erkennen.

Die einzigen Symptome, die gegenüber den anderen statistischen Auswertungen deutlich niedriger liegen, sind die hypochondrischen Ideen mit 13,5%. In Bezug auf das Lebensalter der Patienten scheinen sie nach anderen Statistiken in keinem direkten Zusammenhang zu stehen. In der Auswertung des eigenen, zu Verfügung stehenden Krankengutes konnte auch kein sicherer Zusammenhang der hypochondrischen Ideen zu den reaktiven Pensionierungsdepressionen gefunden werden. Insofern kann dem statistischen Ergebnis keine

spezielle Bedeutung beigemessen werden.

Nihilistische Ideen, die bei den endogenen Depressionen bei 2% der Erkrankten gefunden wurden, konnten bei den Patienten der eigenen Kasuistik in keinem Falle nachgewiesen werden.

Zusammenfassung: In der Frage der Verschiedenheit des Symptomenbildes zwischen der endogenen Depression und der Pensionierungsdepression kann man auf Grund der Statistik einige sichere Punkte nachweisen.

In dieser Beziehung ist das höhere Lebensalter der Patienten sicher von Vorteil, da sich der depressive Wahn mit zunehmendem Alter zeitlich und räumlich ausbaut und damit anschaulicher als in der Jugend ist. Infolgedessen tritt im Alter eine Zunahme der Ideenkonkretisierung ein, während in der Jugend meist viel verschwommenere Wahnvorstellungen bestehen.

Die Patienten, die an einer Pensionierungsdepression erkranken, zeigen einige Symptome, durch deren auffallende Häufung sie sich statistisch sicher von den übrigen Depressionen unterscheiden lassen. Die wichtigsten Einzelideen, die mit besonderer Häufigkeit vorkommen sind die Selbstvorwürfe, die Versündigungsideen und die Verarmungsideen. Gerade diese Wahnideen sind aus der Anamnese der Patienten verständlich, ja sogar naheliegend. Die häufigen Selbstmordabsichten und Selbstmordversuche müssen aus dem Schuldgefühl der Patienten, das in der Depression unüberwindbar erscheint, heraus verstanden werden.

2. Erhöhte Adaptationsunfähigkeit beim alternden und depressiven Menschen.

Die Frage, warum die Pensionierung eine Depression zur Folge haben kann, wird zu einem Teil durch das Problem der Adaptationsunfähigkeit beantwortet.
Die Psyche im Greisenalter hat eine Tendenz zu relativ schnellem Nachlassen von Fähigkeiten zu lernen und sich an neue Situationen anzupassen, also ein Nachlassen von Fähigkeiten, die im gewohnten Leben wenig gebraucht werden. Die Aenderung der sozialen Position im Augenblick der Sistierung der Berufsarbeit und des Ueberganges in den Ruhestand stellt einen kritischen Punkt in der inneren Dynamik der Persönlichkeit dar, die eine Anpassung an eine neue Lage fordert. Wird diese nicht bewältigt, kann sich die darausfolgende Enttäuschung in Form von Unruhe und Störung der Persönlichkeit darstellen. (CAMPAILLA)

Welches sind nun die Einzelfaktoren, die zusammen für die Adaptationsunfähigkeit verantwortlich sind?

a) Struktur der Persönlichkeit:

Im vorhergehenden Kapitel wurde der Charakter der Patienten untersucht. Das Ergebnis erbrachte, dass die betroffenen Männer in ihrem Charakter und ihrer Persönlichkeitsstruktur vor Krankheitsausbruch augenscheinlich meist ganz unauffällig im Bezug auf depressive Symptome waren. Bei fast allen Patienten handelte es sich um ausgesprochen fleissige, ruhig-besonnene Menschen. Ein auffallend häufig fehlendes Merkmal ihrer Persönlichkeit war ein gewisser

Mangel an Eigeninitiative, wenig Abenteuerlust und Unternehmungsgeist. Soweit aus den Krankengeschichten ersichtlich, hingen die Patienten sehr an ihrer Arbeit, die ihnen Lebensinhalt bot, in der sie aufgingen. Sehr bezeichnenderweise waren die Patienten als sehr fleissig, arbeitsam und strebsam beschrieben.

Daraus folgernd könnte die Struktur der Persönlichkeit dahingehend charakterisiert werden, dass sich die Patienten mit ihrer Arbeit, die ihre Lebensaufgabe und den Mittelpunkt ihrer Persönlichkeit ausmacht, zu identifizieren suchten. Die übrigen Interessen, die das Differentialbild der geistigen Struktur ausmachen, waren gering, sei es aus Mangel an Zeit und Lust, oder auf Grund der geistigen Einstellung der Patienten. Der depressiv veranlagte Mensch versucht unbewusst, sich auf ein umgrenztes, für ihn überschaubares Gebiet zu spezialisieren, das er voll bewältigen kann und das ihm die Möglichkeit gibt, sein labiles Selbstbewusstsein zu stabilisieren. Er verbringt sein Leben in dem Versuch, in dieser Aufgabe vollständig zu sein. Dem Depressiven und dem depressiv veranlagten Menschen fehlt mehr oder minder die Bereitschaft, der Möglichkeit immer neuen Schuldigwerdens gegenüberstehen zu können und gerade in der Schuld am "diabolischen" Leben teilnehmen zu können und damit menschlich zu sein. (FREUD)

Bei den Patienten der vorliegenden Arbeit war diese Lebensaufgabe ihr Beruf, alle anderen Interessengebiete wurden so weit wie möglich ausgeschaltet, um sich dem einzigen zentralen Wert ausschliesslich zu widmen und nicht durch Un-

vollständigkeit des eigenen Ich auf anderen Gebieten enttäuscht zu werden.
Durch diese Ausschliesslichkeit wird jedoch die im Alter bereits stark verminderte Anpassungsfähigkeit noch weiter verringert. Die Patienten sind durch ihre Pensionierung plötzlich vollständig aus ihrem gewohnten Alltagsleben herausgerissen und können sich auch nicht in andere, schon früher gepflegte Interessengebiete flüchten. Ist es dem depressiv veranlagten Mann gelungen, sein unselbständiges Ich im bisherigen Leben durch Kompensation verschiedenster Art, besonders in der beruflichen Welt, phasenfrei zu bewahren, so erfährt er jetzt eine Welt in der ein Ausweichen in die Abhängigkeit, Anpassung, berufliche Leistung und Expansion nicht mehr ausreichend möglich ist (MATUSSEK).

b) Art der vorausgegangenen Arbeit:

Aus der Persönlichkeitsstruktur folgernd ergibt sich die Frage nach der Art des vorausgegangenen Berufes und gleichzeitig die Antwort darauf. Aus der oben aufgeführten Statistik über die verschiedenen Berufe der Patienten ist eindeutig eine gleichverlaufende Grundeinstellung zu ersehen. Die meisten Berufe, die die Patienten schon in ihrer Jugend ergriffen hatten, waren in ihren Möglichkeiten und dem dazu benötigten Wissensgebiet genau abgrenzbar. Der Beruf konnte durch erlernbares Wissen, Fleiss und Genauigkeit voll erfüllt werden. In keinem Falle wurde bei der Berufsausführung von dem Patienten eine besondere künsterische Begabung, soziale oder selbstlose Interessen benötigt. Berufe mit Gefühlswerten, die nicht erlernt werden können,

wurden also von den Patienten gemieden, was bezeichnend für die depressive Veranlagung der Patienten schon zur Zeit der Berufswahl ist. Der depressiv veranlagte Mensch fürchtet sich davor, sich mit gefühlsbetonten Werten zu engagieren, da er fühlt, dass er auf diesem Gebiet keine Vollständigkeit zu erreichen vermag. Die Ausschliesslichkeit und die Art des Berufes wird also beim depressiv veranlagten Menschen mehr als durchschnittlich durch die Persönlichkeitsstruktur geformt, infolgdessen ist auch der plötzliche Abbruch bei der Pensionierung besonders tiefgreifend.

c) Finanzielle Sicherheit:

Einen weiteren Faktor zur Erschwerung der Anpassung an das Pensionistendasein ist sicher die Frage der finanziellen Sicherheit. Zum Teil bringt die aus der Pensionierung folgende Verschlechterung des Einkommens dem Patienten das Gefühl gescheitert zu sein, nicht fleissig und gut genug gewesen zu sein, deswegen als Mensch schlecht, minderwertig und verachtungswürdig zu sein. Zum anderen Teil bringen die oft reellen Geldsorgen dem Patienten neue Probleme, die durch seine wesensmässige Unselbständigkeit und die im Alter erschwerte Anpassungsfähigkeit kaum bewältigt werden können. Die neue finanzielle Lage des Patienten ist sicher als ein Teilfaktor zur Auslösung der Pensionierungsdepression zu rechnen.

3. Pensionierung als Lebenskrise und Versagenszustand.

Unter Krisis versteht WEITBRECHT jede Entscheidung, die den Menschen in seinem innersten Wesen angeht, sei es, dass er die Entscheidung aus eigenem freien Willen trifft, oder er in die neue Situation hineingezwungen wird. Grund und Thema kann alles werden, was überhaupt geistig und leiblich den Menschen ausmacht. Die Pensionierung als der entscheidenste Wendepunkt im Leben des älteren Mannes kann berechtigt Grund zu einer Krise sein. Der Patient sieht zwar die Pensionierung bewusst kommen, will sie jedoch meist hinauszögern, versucht, sich davor zu drücken und wird dann von der Krisensituation überrumpelt. Ein Grossteil der Patienten der vorliegenden Arbeit fühlten sich von der Pensionierung überrumpelt. Dies war natürlich besonders der Fall bei den Männern, die aus Krankheitsgründen oder unfreiwillig und daher besonders unvorbereitet vor dem 65. Lebensjahr in den Ruhestand gesetzt wurden. Jedoch war weniger die akute, katastrophenartige Krise der Pensionierung belastend, als der darauffolgende langdauernde Spannungszustand des pensioniert seins.
Die Pensionierung bringt einen unbehebbaren Verlust von Geborgenheit für den Patienten. Das Arbeitsleben, mit dem er vertraut war, die darin möglichen Entfaltungsmöglichkeiten und die damit verbundene Selbstbestätigung hört plötzlich auf. Der depressiv veranlagte Mann konnte sein labiles unselbständiges Ich durch die äusseren Lebensumstände und sein Werterleben im Beruf kompensieren, diese

Trennung davon bedeutet Entwurzelung, das Gefühl, im Grunde versagt zu haben.
Die eintretende Arbeitslosigkeit löst für den Patienten den der Pensionierung folgenden, langdauernden Spannungszustand aus, da ihm keine Weiterentwicklung mehr möglich scheint und er somit in den Wartezustand auf den Tod gelengt zu sein scheint.

4. Jst die Pensionierungsdepression eine abnorme Reaktion, oder ist die Pensionierung auslösender Faktor für eine Depression?

Da die Klinik im allgemeinen eine erstaunliche Umweltsstabilität der endogenen Psychosen kennt, stellt sich die berechtigte Frage, ob eine endogene Psychose durch eine Lebenskrise, zu denen die Pensionierung sicher zu rechnen ist, ausgelöst werden kann.
BUERGER-PRINZ lässt bei Entwurzelungsdepressionen lebensreaktive Faktoren im Zusammenhang mit der Vernichtung aller sozialpsychischen Beziehungen gelten.
WEITBRECHT und MAUZ wiesen auf die Bedeutung krisenbedingter Auslösungen von Depressionen mit endogenem Weiterverlauf hin, die häufiger auftreten als allgemein angenommen wird. Unbehebbarer Verlust von Geborgenheit, inneren Entfaltungsmöglichkeiten und äusseren Lebenschancen spielen seiner Meinung nach eine beherrschende Rolle.
Nach den Ueberlegungen der vorhergehenden Kapitel kann die Pensionierung und vor allem der darauffolgende Spannungs-

zustand des Ruhestandes zu einer Entwurzelung des Mannes führen, da der Arbeitsverlust für ihn gleichzeitig als unbehebbarer Verlust von Geborgenheit, Entfaltungs- und Entwicklungsmöglichkeiten betrachtet wird.
Da jedoch durchaus nicht alle Pensionisten mit einer Depression auf ihre neue Lebenslage reagieren, obwohl bei den meisten Männern ein Verlust von Entfaltungsmöglichkeiten und Lebenschancen eintritt, können diese äusseren Umstände nur als auslösender Faktor gewertet werden.
Als grundlegende Ursache muss folglich bei den Patienten eine depressive Anlage bestehen, die durch die bis dahin bestehenden äusseren Umstände nicht in Erscheinung trat.
Der Pensionierung kann also nur der Wert eines auslösenden Erlebnisses zugesprochen werden, während die Ursache durch die depressive Veranlagung des Menschen gebildet wird, die vielleicht auch auf eine ähnliche andersartig einschneidende Krise mit einer reaktiven Depression reagiert hätte.

VI. Therapie

1. Historische Entwicklung der Therapie.

Das erste "Narrenhäuslein" in Nürnberg wurde 1461 eröffnet. Später sperrte man Geisteskranke vielfach in Gefängnisse, und selbst St. Lazare - 1632 in Paris gegründet - war eine Mischung aus Gefängnis und Irrenhaus. Aus diesen zweifelhaften Unterkünften wurden die Kranken erst zu Beginn des 19. Jahrhunderts befreit, als auch Heil - und Pflegeanstalten gegründet wurden. Auch diese dienten anfänglich dazu, die Umwelt vor den Kranken und diese vor sich selbst zu schützen.

Die "Behandlungen" bestanden vorwiegend aus ermüdenden Massnahmen, wie zum Beispiel warmen Dauerbädern, kalten Duschen und dergleichen strafähnlich wirkenden Massnahmen.

Ein erster grosser Fortschritt und eine Umgestaltung der psychiatrischen Kliniken und Anstalten bedeutete die von Simon 1928 eingführte Arbeitstherapie, welche die Patienten von ihrer Inaktivität befreite.
Eine weitere Besserung der Therapie brachten die Schlafkuren, welche Klaesi in die Psychiatrie einführte.

Dann brachte die Einführung der Schockbehandlung und die pharmakologische Entwicklung der Antidepressiva eine grössere Auswahl an therapeutischen Möglichkeiten, die aber auch bei den einzelnen Autoren eine Verschiedenheit von Ansichten ergab.

2. Antidepressive Therapie heute.

Ein kurzer Ueberblick über den heutigen Stand der wichtigsten antidepressiven Behandlungsmethoden sei in folgendem Kapitel gegeben.

a) Elektroschock:

Seit ihrer Einführung durch Cerletti und Lini im Jahre 1938 hat die elektrische Krampftherapie wenig an Bedeutung eingebüsst, umsomehr als der heutzutage allerorts angewandte vollmitigierte Schock die anfänglichen Gefahren und Nachteile fast ausmerzte. Der vollmitigierte Schock ist nach Meinung von HOFFET in seiner Wirksamkeit ebenbürtig. Für die Krampfbehandlung bei Depressiven werden fast durchweg gute Resultate erzielt.

MUELLER gibt für die reinen endogenen Depressionen und die depressiven Erkrankungen des Rückbildungsalters eine Remissionsziffer von 9o% an.

BAYER sah in 8o,8% von 169 schockbehandelten Patienten Heilung oder wesentliche Besserung.

Zurückhaltender wird der Erfolg der Krampfbehandlungen von KINKELIN und KIELHOLZ betrachtet, die im Durchschnitt nur 4o% Heilungen angeben. Auch BLEULER ist der Meinung, die Heilkrampfbehandlung habe nur zu häufig eine höchstens bessernde Wirkung auf die endogen-depressiven Phasen.

Nach einer Statistik von HOFFET gibt es die besten Behandlungserfolge bei Patienten unter 5o Jahren, während der prämorbide Charakter keinen grösseren Einfluss auf die Elektroschocktherapie ausübe.

b) Monoaminooxydasehemmer:
Hydrazinderivate, die das Ferment Monoaminooxydase blockieren, wodurch der Abbau von Monoaminen im Gehirn verhindert wird. Parallel zu der kumulativen Zunahme von Monoaminen im Hirngewebe kommt es klinisch zu einer Antriebssteigerung und sekundär meist zu einem antidepressiven Effekt.
Da die antidepressive Wirkung in engem Zusammenhang mit der Antriebssteigerung steht, sind die Monoaminooxydasehemmer vor allem bei symptomatischen Depressionen und diesen Zuständen, bei denen Antriebsarmut das Bild beherrscht, indiziert.
Aengstliche und gespannte Krankheitsbilder werden in der Regel verschlimmert.

c) Thymoleptica, Thymeretica, Neuroleptica:
Die chemisch einheitliche Gruppe der trizyklischen Antidepressiva wirkt vor allem über die Aufhellung der depressiven Stimmungslage antidepressiv, während die chemisch uneinheitliche Gruppe der Monoaminooxydasehemmer vorwiegend über einen primär hemmungslösenden Effekt antidepressiv wirken. Da aber die einzelnen Symptome des depressiven Syndromes, wie depressive Verstimmung, psychomotorische Hemmung oder ängstliche Agitiertheit wie Zahnräder ineinandergreifen, ist es verständlich, dass es über verschiedene Angriffspunkte möglich ist, dieses Syndrom zu beeinflussen.

So werden unter Thymoleptica vorwiegend stimmungsaufhellende Antidepressiva, Thymeretica hemmungslösende Antidepressiva und unter Neuroleptica und Tranquilizer, welche gewisse thymoleptische Eigenwirkungen besitzen und daher vor-

teilhaft mit Antidepressiva kombiniert werden können, unterschieden.
In den letzten Jahren wurden besonders in Frankreich die Phenothiazine, die man in die Gruppe der Neuroleptica mit leichter thymoleptischer Wirkungskomponente zählt, für die Behandlung der depressiven Symptome empfohlen, da diese Substanzen nicht nur neuroleptisch, sondern auch antidepressiv wirken.
Diese Eigenschaften schreibt unter anderen FLUEGEL besonders dem Phenothiazin Thioridazin zu, das vor allem bei phasenhaft verlaufenden Depressionen eine günstige Wirkung entfalten soll.
Chlorprothixen vermag sowohl psychomotorische Erregungen zu dämpfen als auch depressive Hemmungen zu beseitigen.
Nach KIELHOLZ zeigt Imipramin und Chlorpromazin bei reaktiven Depressionen die besten Behandlungserfolge von nahezu 100%, während schizophrene und endogene Depressionen in weit geringerem Masse durch diese Medikamente beeinflusst werden.

3. Die sich aus der vorliegenden Arbeit ergebende Therapie.

a) Heilende Therapie:
Aus dem bisher ausgeführten geht hervor, dass die klinische Anwendung antidepressiver Psychopharmaka eine doppelte Diagnostik voraussetzt. Die Behandlung richtet sich zunächst gegen bestimmte Symptome und Syndrome und muss daher neben der nosologischen auch die beschreibende, syndromale Diagnose berücksichtigen.
Die Wahl des Antidepressivums richtet sich in phänomenolo-

gischer Hinsicht danach, ob die eigentliche depressive Verstimmung von ängstlicher Agitation oder psychomotorischer Hemmung begleitet ist.
Es zeigte sich, dass Aminotriptylin dank der zusätzlichen neuroleptischen Wirkungskomponente vorwiegend für die Behandlung ängstlich agitierter Depressionen geeignet ist, während Protriptylin in der Mehrzahl der Fälle eine zusätzliche hemmungslösende Wirkungskomponente aufweist.

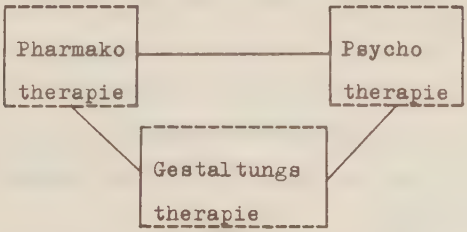
Auch bei den Pensionierungsdepressionen, die man unter endogene Depressionen im weiteren Sinne einreihen kann, richtet sich die Auswahl des Antidepressivums nach den vorherrschenden Zielsymptomen. Da Thymoleptica mit stimmungsaufhellend-aktivierender Wirkungskomponente oft die depressionsbedingte Schlaflosigkeit nicht lindern, sondern noch verstärken, wird man diese mit Erfolg mit einem schlafanstossenden Neurolepticum, welches am Abend zu geben ist, oder mit einem Hypnoticum kombinieren.

Die antidepressive Therapie muss so lange fortgesetzt werden, bis die Phase ganz abklingt. Von sämtlichen Autoren wird jedoch betont, dass alle therapeutischen Massnahmen die Heftigkeit einer depressiven Phase abschwächen und eventuell auch die Dauer der Phase abkürzen können, dass sie aber nicht imstande sind, das Autreten späterer depressiver Attacken zu verhindern.

Auch HOFF und KUHN haben die Bedeutung der Psychopharmaka ähnlich umrissen und schon früh darauf hingewiesen, dass Psychopharmaka und Psychotherapie sinnvoll miteinander zu kombinieren sind. So wie psychiatrisches und psycho-

analytisches Denken und Handeln keinen Widerspruch ergeben müssen, wie FIERZ und BENEDETTI zeigen konnten, schliessen sich auch Pharmakotherapie und Psychotherapie nicht aus, sondern ergänzen sich bei richtiger Indikationsstellung sinnvoll, wobei die Psychotherapie wie überhaupt die Erschliessung unbewusster Fehlhaltungen und die Förderung zwischenmenschlicher Beziehungen, immer das Hauptanliegen der psychiatrischen Therapie bleiben wird.

WAGNER hat mit Recht darauf hingewiesen, dass das Entstehen solcher Fragestellungen, wie zum Beispiel Pharmako- und Psychotherapie bereits zum Wesen psychotherapeutischer Auseinandersetzungen gehört. Die moderne psychiatrische Pharmakotherapie hat dazu beigetragen, dass die ursprüngliche Arbeitstherapie immer mehr im Sinne einer psychotherapeutisch orientierten Beschäftigungstherapie umgewandelt werden konnte. KIELHOLZ hat die Stellung der psychiatrischen Pharmakotherapie im modernen Behandlungsplan, wie folgt, schematisch dargestellt.



Tab.9: Moderner psychiatrischer Behandlungsplan.

Es ist daher wesentlich, dass alle Arten psychotherapeutischen Bemühens - wie das verstehende ärztliche Gespräch, aufdeckende und nicht aufdeckende Psychotherapie nach wie

vor neben der Beschäftigungs- und Gestaltungstherapie, einen Eckpfeiler der psychiatrischen Behandlung bedeuten.

Dagegen wird unter den somatischen Behandlungsmethoden die Schockbehandlung weitgehend durch die Pharmakotherapie verdrängt, da sie insofern keine kausale Therapie ist, als durch sie die dem manisch-depressiven Irresein zugrundeliegende, ihrem Wesen nach noch nicht bekannte Störung nicht auf die Dauer zu beheben vermag. (POELDINGER).

b) Prophylaxe zur Verhütung eines Krankheitsausbruches:
Die richtigste, kausale Therapie besteht darin, die Männer schon vor Ausbruch der Depression zu behandeln, so dass das Zustandekommen einer depressiven Phase vermieden werden kann. Der Schock des plötzlichen Arbeitsabbruches durch das meist schon lange erwartete und gefürchtete Trauma der Pensionierung müsste vermieden werden, da dadurch die an den Beruf gewöhnten Männern von einem Tag zum anderen zum arbeitslosen Nichtstuer und ihrer Meinung nach somit zur Last für die Umwelt werden. So wie dem jugendlichen Menschen langsam immer mehr Pflichten und Arbeiten zugeteilt werden und er sich im Laufe von Jahren über Kindergarten, Schulpflicht und Lehre,in den Arbeitskreis einfügt, sollte auch der alte Mensch durch langsame Einschränkung seiner Arbeit und Pflichten über längere Zeit hin auf den Zustand der Ruhe vorbereitet werden.

Die zweite Möglichkeit sich dem Pensionierungsschock zu entziehen, die gleichzeitig jedem Menschen offensteht, ist die Wahrung anderweitiger Interessen neben seinem Beruf.

In der vorliegenden Arbeit wurde festgestellt, dass fast ausschliesslich diese Männer mit einer depressiven Phase auf die Pensionierung reagierten, die ihr Interesse ganz auf den Beruf konzentrierten und für die dadurch die Pensionierung den Verlust eines, wenn nicht des einzigen zentralen Wertes bedeutet.

In dieser Hinsicht wird die Unterstützung und Förderung der Freizeitbeschäftigung des Menschen zu einer wichtigen Aufgabe als sozialer Beitrag zur Gesundheitsförderung. Gerade diese Menschen, die aus Mangel an Initiative und Interesse nicht schon in früheren Jahren selbst zu einer sinnvollen, ausfüllenden Beschäftigung in ihrer Freizeit finden, müssten angeregt, ihr e Aufmerksamkeit geweckt werden.

Die zweckmässigste Behandlung der Pensionierungsdepression besteht auch nach KIELHOLZ im Hineinleiten und Aufmuntern zu zweckmässiger Betätigung, die Prophylaxe in der Pflege eines Steckenpferdes, das womöglich schon im Kindergarten spielerisch bestiegen worden ist.

VII. Zusammenfassung

In der Universitäts-Nervenklinik München wurden in den Jahren 1951-1960 insgesamt 1195 Fälle depressiver Erkrankungen bei Männern aufgenommen. Altersmässig erkrankten 45-55 jährige Männer am häufigsten. Alters-und zahlenmässig steigen Aufnahmezahlen bis zu dem Maximum in diesen Lebensjahrzehnten an, sinken dann gleichmässig und nehmen nach dem 65. Lebensjahr stark ab. Aus der Gesamtzahl der Aufnahmen konnten 15 Patienten eruiert werden, bei denen sicher eine depressive Phase als Reaktion auf die Pensionierung bzw. Invalidisierung auftrat. Ihr Alter bei der Pensionierung betrug mindestens 55 Jahre.
Die meisten dieser Patienten standen im Alter zwischen 55-60 Jahren, nur ein Patient erlitt mit 65 Jahren und ein Patient mit 66 Jahren eine Depression als Reaktion auf die Pensionierung.

Als Voraussetzungen wurden bei den Patienten die praemorbide Persönlichkeit, das Alter bei der Pensionierung, der soziale-und der Familienstand, die Erbmomente und die Einstellung der Patienten zur Pensionierung, sowie der Zeitraum zwischen Pensionierung und dem Ausbruch der depressiven Phase untersucht.

Die Untersuchung der praemorbiden Persönlichkeit ergab eine starke Häufung der Patienten mit ruhigem, stillem Charakter, die durch ihren Arbeitseifer und ihre Zuverläs-

sigkeit auffielen.

Das mittlere Erkrankungsalter lag bei 61 Jahren, der grössere Teil der Patienten wurde wegen Krankheit oder abnehmendem Leistungsvermögen in den Ruhestand gesetzt, nur 3 Patienten aus Altersgründen und 1 Patient auf eigenen Willen.

Die statistische Aufteilung des Berufsstandes der Patienten ergab eine Häufung der niederen und mittleren Berufe, nur ein Patient hatte eine akademische Ausbildung. Bei den Berufsarten herrschten die technischen Berufe vor, kein Patient hatte einen musischen, künstlerischen Beruf oder eine Tätigkeit mit vorwiegend sozialem Charakter.
Unter den Patienten befanden sich fast ausschliesslich verheiratete Männer, die Ehen wurden nahezu durchwegs als harmonisch angegeben. Eine Sippenhäufung in Bezug auf reaktive Depressionen konnte nicht festgestellt werden.

Im Zeitraum zwischen Pensionierung und Ausbruch der Depression ergaben sich 2 Gipfelpunkte. Etwa die Hälfte der Patienten reagierte nach 6 Wochen bis 3 Monaten nach der Pensionierung mit einem depressiven Ausbruch, fast alle übrigen im Abstand von etwa 1 Jahr, für welche also weniger die Pensionierung als einmaliges Trauma, sondern der darauffolgende Spannungszustand des Pensionistendaseins ausschlaggebend war.

In der Frage der Verschiedenheit des Symptomenbildes zwischen der endogenen Depression und der Pensionierungsdepression kann man auf Grund der Statistik einige sichere Punkte nachweisen. Die Patienten, die an einer Pensionierungsdepression erkrankten, zeigten einige Symptome, durch

deren auffallende Häufung sie sich sicher von den übrigen Depressionen unterscheiden lassen.

Die wichtigsten Einzelideen, die mit besonderer Häufigkeit auftreten, sind die Selbstvorwürfe, die Versündigunsideen und die Verarmungsideen. Diese Wahnideen sind aus der Anamnese der Patienten verständlich, ja naheliegend. Die häufigen Selbstmordabsichten und Selbstmordversuche müssen aus dem Schuldgefühl der Patienten, das in der Depression unüberwindbar erscheint, heraus verstanden werden.

Erschwerte Adaptationsfähigkeit im Alter ist bei den depressiv veranlagten Menschen besonders ausgeprägt, da sie sich gemäss der Struktur ihrer Persönlichkeit nur auf ihren Beruf eingestellt hatten, der ihnen zur Lebensaufgabe wurde. Hat sich nun dieser Mensch im bisherigen Leben durch Kompensation besonders in der beruflichen Welt phasenfrei bewahren können, so tritt nun durch den abrupten Abbruch der gewohnten Tätigkeit die reaktive Depression auf.

Die meisten Berufe, die die Patienten schon in der Jugend ergriffen hatten, waren in dem dazu benötigten Wissensgebiet genau abgrenzbar, entsprachen also der schon in der Jugend vorhandenen depressiven Veranlagung der Patienten und dem daraus folgenden Hang der Männer, in einem kleinen Lebensgebiet so vollkommen wie möglich zu sein, um dadurch Selbstbestätigung des unselbständigen, labilen Ich zu erlangen.

Die finanzielle Verschlechterung nach der Pensionierung trug sicher auch in vielen Fällen zur Auslösung einer depressiven Phase bei.

Die Pensionierung ist meist die einschneidendste Veränderung im Leben des älteren Mannes, kann also mit Bestimmtheit als Krisensituation gewertet werden. Der depressiv veranlagte Mann verliert seine Selbstbestätigung durch den Beruf, er muss einsehen, dass er nicht alle Ziele erreichen konnte, die er sich gesteckt hat, dadurch entsteht in ihm das Gefühl, versagt zu haben.

Aus den vorangegangenen Ueberlegungen und der statistischen Auswertung des Krankengutes geht hervor, dass die reaktive Depression nach der Pensionierung nicht als abnorme Reaktion zu werten ist. Die Pensionierung bildet nur den auslösenden Faktor zur Produktion einer depressiven Phase, da sie im allgemeinen die wichtigste Veränderung im Leben des alternden Mannes ist, dessen Adaptationsfähigkeit durch arteriosklerotische Abbauvorgänge und die depressive Veranlagung als stark vermindert angesehen werden muss.

In der modernen antidepressiven Therapie sind hauptsächlich Elektroschock, Monoaminooxydasehemmer, sowie Thymoleptica, Thymeretica und Neuroleptica zu nennen.
Aus den Ueberlegungen der vorliegenden Arbeit ergeben sich zwei Arten der Therapie. Zum ersten die heilende nach Ausbruch der Depression, die bei Berücksichtigung der Einzelsymptome der Patienten mit den verschiedenen Psychopharmaka, der Psychotherapie und der Gestaltungstherapie durchgeführt werden soll.
Als zweite wichtigere Massnahme soll die Verhütung eines Depressionsausbruches gelten. Der ältere Mensch kann

nicht ohne Schaden plötzlich aus seiner Umgebung gerissen werden, also muss ein langsames Stagnieren des Berufes erzielt werden. Weiter gilt das Wecken und die Förderung anderweitiger Interessen in möglichst frühem Alter auch nach Kielholz als die wichtigste und erfolgreichste Massnahme zur Verhütung einer Depression.

L i t e r a t u r v e r z e i c h n i s

1. Bleuler, M.: Lehrbuch der Psychiatrie / Berlin, Springer 1966, 1o. Auflage

2. Bostroem, A.: Die verschiedenen Lebensabschnitte in ihrer Auswirkung auf das psychiatr. Krankheitsbild / Arch. Psychiatr. 1o7, 155-171 (1938)

3. Bronisch, F.W.: Die endogenen Psychosen des höheren Lebensalters / Schweiz. Arch. Neurol. 83, 69-77 (1959)

4. Bronisch, F.W.: Psychopathologie des höheren Lebensalters / Schweiz. Arch. Neurol. 81, 1o5-123 (1958)

5. Bumke, O.: Handbuch der Geisteskrankheiten / Bd 7, Spezieller Teil III, Berlin, Springer 1928

6. Campailla, g.: Emotionelle Faktoren in der Pathogenese der senilen und arteriosklerotischen Psychosen. Nervenarzt, Berlin 33, 145-15o (1962)

7. Freud, S.: Trauer und Melancholie / Gesammelte Werke, 1o. Bd London, Imago

8. Fluegel, R.: s. Pöldinger

9. Gebsattel, J.: s. Matussek

1o. Hertrich, O.: Beitrag zur Diagnostik und Differentialdiagnostik d. leichten depressiven Zustandsbilder / Fortschr. Neurol. 3o, 237-272 (1962)

11. Hoffet, H.: Beitrag zur Behandlung der Depressionen / Basel, Karger 1962

12. Jung, R.: Zur Klinik und Pathogenese der Depressionen / Zbl. Nervenhk. 119, 163 (1952)

13. Kielholz, A.: Zur Behandlung und Verhütung von Depressionen / Schweiz. Arch. Neurol. 73, 423-24 (1954)

14. Kielholz, A.: Diagnostik und Therapie der depressiven Zustandsbilder / Schweiz. Arch. Neurol. 87, 87-9o (1957)

15. Kinkelin, M.: Verlauf und Prognose des manisch-depressiven Irreseins / Schweiz. Arch. Neurol. 73, 1oo-146 (1954)

16. Lechler, H.: Die Psychosen der Alten / Arch. Psychiatr. 185, 44o-465 (195o)

17. Leonhard, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen / Berlin, Akademie Verlag 1965

18. Matussek, P.: Endogene Depression / München-Berlin, Urban u. Schwarzenberg 1965

19. Mauz, R.: Prognostik der endogenen Psychose / Georg Thieme, Leipzig, 193o

2o. Orelli, A.v.: Der Wandel des Inhalts der depressiven Ideen bei der reinen Melancholie / Schweiz. Arch. Neurol. 73, 217-287 (1954)

21. Pöldinger, W.: Kompendium der Psychopharmakotherapie / Grenzach/Baden, Deutsche Hoffmann-La Roche, 1967

22. Schneider, K.: Differentialdiagnose der Depressionszustände / Fortschr. Neurol. 23, 1-6 (1955)

23. Schneider, K.: Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressionszustände / Zeitschr. Neurol. 59, 281-286 (192o)

24. Schneider, K.: Über Depressionszustände / Zeitschr. Neurol. 138, 584-589 (1932)

25. Staehelin, F.: Über Depressionszustände / Schweiz. med. Wschr. 85, 12o5-12o9 (1955)

26. Weitbrecht, H.J.: Die klinische Stellung der Rückbildungspsychosen, ihre Prognose und Behandlung / Dtsch. med. Wschr. 1941/II 1238-41

27. Weitbrecht, H.J.: Endogene Psychose und Lebenskrise / Nervenarzt 25, 465-466 (1954)

28. Weitbrecht, H.J.: Zur Typologie depressiver Psychosen / Fortschr. Neurol. 2o, 247-269 (1952)

Meinen besten Dank möchte ich Herrn Prof. Dr. Heinz Dietrich für die Stellung des Themas, die wertvollen Anregungen sowie die jederzeit freundliche Unterstützung bei der Bearbeitung des Stoffes aussprechen.

L e b e n s l a u f.

Ich bin am 1o. April 1941 in Sillein als Tochter des Architekten Karl Werner und seiner Ehefrau Beate Werner, geb. Rada geboren.

Ich besuchte die Volksschule in Gosau, Bez. Gmunden, von 1947 bis 1951. 1951 trat ich in das Realgymnasium in Ried i/I ein und absolvierte die 1. bis 4. Klasse des Realgymnasiums. 1955 übersiedelte meine Familie nach München, wo ich 1955 in die 5. Klasse des Realgymnasiums der Armen Schulschwestern v.u.l. Frau am Anger eintrat und im Juli 196o das Abitur bestand.

Im Herbst 196o begann ich das Studium der Medizin an der Ludwig-Maximilian-Universität in München. Am 25.1o. 1961 legte ich die Naturwissenschaftliche Vorprüfung und am 2.5.1963 die Aerztliche Vorprüfung mit Erfolg ab. Danach begann ich das klinische Studium der Medizin, das ich am 4.8.1966 mit bestandenem Staatsexamen beendete.